UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES INDICATIONS FOURNIES

PAR

# L'ETAT DES ANNEXES

AU COURS DE

# L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 24 janvier 1910**

PAR

**Mme MAYSELS-ELIACHBERG (Cheina)**

Née à Vilna (Russie), le 5 septembre 1882

**Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)

**Examinateurs de la Thèse** { De ROUVILLE, Professeur, *Président.* / TÉDENAT, Professeur / JEANBRAU, Agrégé / GUÉRIN, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

**IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE**

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

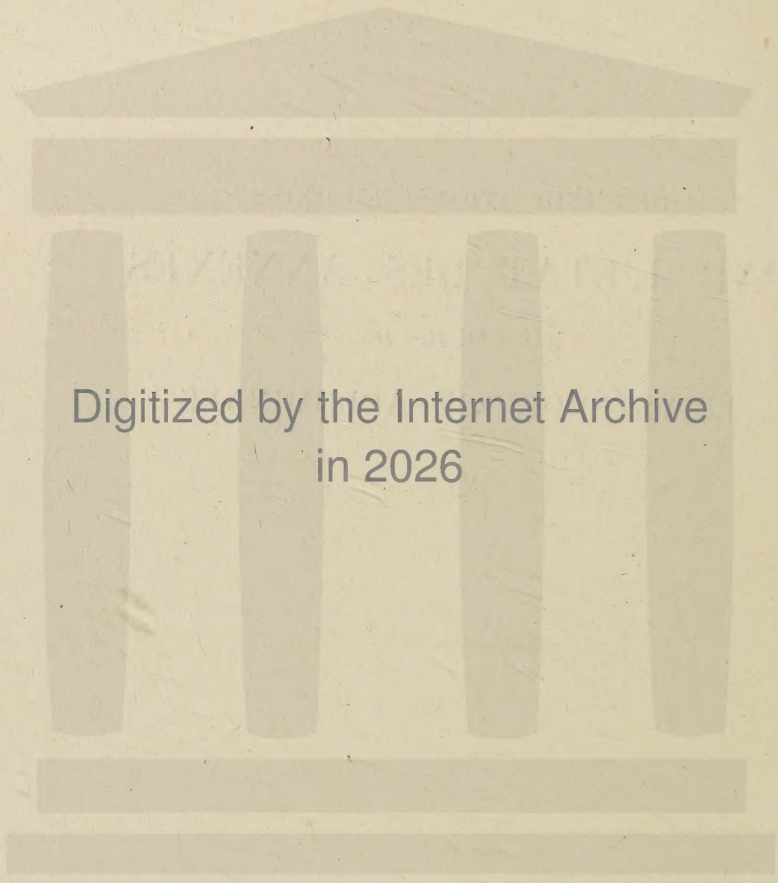
1910

DES INDICATIONS FOURNIES

# PAR L'ÉTAT DES ANNEXES

AU COURS DE

# L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0070

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

DES INDICATIONS FOURNIES

PAR

# L'ETAT DES ANNEXES

AU COURS DE

# L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 24 janvier 1910**

PAR

**Mme MAYSELS-ELIACHBERG (Cheina)**

Née à Vilna (Russie), le 5 septembre 1882

**Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

**Examinateurs de la Thèse**

- DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*
- TÉDENAT, Professeur
- JEANBRAU, Agrégé
- GUÉRIN, Agrégé

*Assesseurs*

MONTPELLIER

**IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE**

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

| | |
|---|---|
| MM. MAIRET (✲) | DOYEN. |
| SARDA | ASSESSEUR. |
| IZARD | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér. |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✲). |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✲). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✲). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✲). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✲). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées. | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards. | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements | PUECH, profes.-adjoint. |
| Clinique des maladies des voies urinaires. | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, profes.-adj. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE. | MM. SOUBEYRAN. | MM. LEENHARDT. |
| VIRES. | GUERIN. | GAUSSEL. |
| VEDEL. | GAGNIERE. | RICHE. |
| JEANBRAU. | GRYNFELTT (Ed.) | CABANNES. |
| POUJOL. | LAGRIFFOUL. | DERRIEN. |

## Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| MM. DE ROUVILLE, *président.* | MM. JEANBRAU, *agrégé.* |
| TEDENAT, *professeur.* | GUERIN, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

# AVANT-PROPOS

Au moment de terminer notre scolarité c'est pour nous un devoir d'exprimer notre profonde reconnaissance aux Maîtres qui ont bien voulu nous diriger dans nos études.

C'est avec une respectueuse émotion que nous nous souviendrons de M. le professeur Nicolas, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de Nancy, notre premier maître, et celui dont l'affectueuse sympathie ne nous a jamais abandonnée dans les circonstances difficiles.

M. le professeur Prenant, dont les si instructives leçons nous charmèrent, a droit également à notre respectueuse reconnaissance.

Nous ne saurions dire assez à M. le professeur de Rouville, président de notre thèse, combien nous lui devons pour l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de notre travail et la sollicitude avec laquelle il en a dirigé la rédaction.

Nous prions M. le professeur Tédenat, MM. les professeurs agrégés Jeanbrau et Guérin qui ont bien voulu faire partie de notre jury d'accepter nos respectueux remerciements.

Nous n'oublierons jamais tout le profit que nous avons retiré de notre fréquentation de la Clinique médicale de M. le professeur Carrieu, ainsi que des conseils éclairés et

toujours bienveillants de son chef de clinique, M. le docteur Bousquet.

Nous remercions profondément M. le professeur Vallois, pour l'amabilité avec laquelle il nous a fait part d'une remarquable observation prise dans son service.

Nous conserverons toujours le meilleur souvenir de Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann, près de qui nous avons trouvé dès notre arrivée à Montpellier le plus chaleureux accueil et qui ne nous a jamais ménagé les preuves de son inaltérable amitié.

DES INDICATIONS FOURNIES

PAR

# L'ETAT DES ANNEXES

AU COURS DE

# L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

---

## INTRODUCTION

Depuis que la chirurgie a entrepris de remédier opératoirement aux vices de position de l'utérus et depuis que ceux-ci ont été observés avec plus de soin au point de vue symptomatique, on s'est aperçu que, si l'atteinte portée à la statique utérine était pour beaucoup dans le tableau clinique, il fallait bien souvent faire jouer un rôle extrêmement important aux lésions statiques ou anatomiques des organes adjacents et en particulier des annexes.

Le trouble dans la statique utérine d'une part, et les troubles anatomiques tubo-ovariens d'autre part, contribuent donc tous deux à donner aux déplacements de la

matrice, et tout particulièrement à la rétrodéviation, sa physionomie particulière.

Aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir les auteurs traiter de ces questions sous des titres différents tout en se préoccupant en réalité de sujets à peu près identiques. En effet, sans vouloir avancer que les troubles annexiels et les déviations utérines soient toujours fonction d'une seule et même cause et qu'ils fassent toujours partie d'un seul et même tableau clinique, nous croyons pouvoir dire que la plupart du temps il en est ainsi. Nous verrons certains auteurs traiter de sclérose utéro-annexielle comme d'une maladie commune à tout le tractus génital interne. Nous verrons que la plupart d'entre eux, dans leurs observations aussi bien que dans leurs considérations étiologiques et thérapeutiques, ne séparent pas les deux ordres de faits que nous avons distingués au début de ce chapitre.

Mais, dira-t-on, s'il en est ainsi, si ces phénomènes se tiennent entre eux d'une façon si indissoluble, n'est-il pas contraire à la logique de vouloir les extraire en quelque sorte du tableau clinique pour la traiter à part? N'allons-nous pas tenter de créer un chapitre, purement artificiel?

Certes, il serait téméraire d'affirmer que, chaque fois que le chirurgien interviendra pour redresser opératoirement un utérus rétrodévié, il trouvera des annexes malades et réclamant une thérapeutique immédiate.

Dans la plupart des cas douteux, au contraire, une analyse rigoureuse des symptômes permettra dans une large mesure de poser un diagnostic suffisamment précis. Néanmoins, et c'est un point sur lequel notre maître, M. le professeur de Rouville, a bien voulu attirer notre attention, il arrivera très fréquemment que le chirurgien

aura préalablement dépisté l'état pathologique des annexes. Il ouvrira le ventre avec l'idée très nette que les ovaires vont très probablement exiger une intervention spéciale et il aura préparé son esprit et sa main à une opération éventuelle.

Nous nous baserons, pour établir la réalité des faits que nous venons d'énoncer, sur quelques observations recueillies dans le service de M. le professeur de Rouville par ses élèves et par nous. Nous avons cru devoir ajouter à titre de documentation des observations prises dans la littérature gynécologique toute récente.

On verra, en parcourant ces documents cliniques, que la question est bien légitimement posée ; qu'il y a bien souvent des indications à tirer de l'état des annexes au cours de l'hystéropexie abdominale ; que, dans ce cas, une thérapeutique active s'impose (et nous entendons par là une thérapeutique qui s'adresse aux annexes aussi bien qu'à l'utérus rétrodévié) ; nous verrons enfin, dans la discussion que fait naître l'examen des procédés thérapeutiques, que ceux-ci ont tout avantage à s'inspirer de principes conservateurs, idée chère à notre maître et qui trouve tout particulièrement son application ici.

# OBSERVATIONS

(Prises dans le service de M. le professeur de Rouville)

## Observation I

(Personnelle)

Mme M. F..., 38 ans, de Roujan (Hérault).

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte en accouchant de notre malade.

*Antécédents personnels.* — Elle ne se souvient pas d'avoir été malade pendant son enfance. Elle aurait souffert de dyspepsie (chloro-anémie (?) ) vers l'âge de 20 ans.

Elle a été réglée vers l'âge de 13 ans assez régulièrement, mais peu abondamment. Elle s'est mariée à 22 ans. Elle semble avoir eu une fausse couche au bout de 2 mois de mariage (hémorragie abondante, douleurs légères, vomissements; la malade pense qu'elle n'a pas eu ses règles le mois précédent).

Un an après le mariage, premier accouchement, grossesse assez pénible, vomissements. Le travail a duré 3 jours ; il y a eu une application de forceps et une déchirure du périnée. Début d'infection ; la malade serait restée 3 jours sans connaissance.

Depuis cet accouchement, les règles reviennent tous les 20 jours. La malade accuse des pertes blanches et des périodes douloureuses intermenstruelles.

4 ans après, deuxième grossesse, accouchement sans incident. La malade est restée au lit pendant 18 jours.

Elle a nourri ses enfants pendant 11 mois. Au cours du second allaitement elle a eu une hémoptysie et elle a cessé aussitôt de donner le sein.

Elle a traversé une période d'une année pendant laquelle elle était très amaigrie, dans un état de fatigue continu et douloureusement réglée. Il y a 2 ans, un médecin a obtenu quelque soulagement en plaçant des tampons glycérinés.

Au mois d'août 1909, la malade a recommencé à souffrir assez fortement. A ce moment elle vient consulter M. de Rouville et entre à la clinique.

*Etat actuel. — Appareil digestif.* — Digestion difficile. Quelquefois des vomissements deux ou trois heures après le repas et douleur à ce même moment. Constipation opiniâtre.

*Appareil circulatoire.* — Légère dyspnée d'effort.

*Appareil urinaire.* — Urines quelquefois chargées en urates ; parfois pollakiurie diurne, jamais nocturne.

*Appareil respiratoire.* — La malade ne tousse ni ne crache ; parfois légères douleurs à l'épaule droite. Depuis le mois d'août 1909, la malade a un peu maigri.

*Examen.* — Le col a son orifice externe tourné du côté de la symphyse pubienne. L'utérus est complète-

ment basculé dans le Douglas où on sent le corps comme une masse dure et douloureuse. On perçoit facilement par le toucher les annexes qui sont légèrement augmentées de volume et sensibles à la pression.

*Opération.* — Le 12 novembre 1909. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On doit détruire quelques adhérences de l'intestin à la paroi antérieure abdominale.

On enlève la trompe et l'ovaire gauches ainsi que l'ovaire droit qui sont scléro-kystiques. La trompe droite, saine, n'est pas touchée par l'intervention.

Hystéropexie par deux points de catgut. Sutures par plans. Coaptation cutanée par les agrafes de Michel.

*Suites opératoires.* — Excellentes. Apyrexie ; quelques vomissements sans importance.

La malade sort le 7 décembre en très bonne santé.

## Observation II

(Personnelle)

Rétroversion utérine, salpingo-ovarite. — Annexotomie. — Hystéropexie isthmique.

Mme N. C..., 30 ans, de Gignac (Hérault). Entrée le 16 avril 1909, salle A. Paré, n° 2, pour douleurs abdominales.

*Antécédents héréditaires.* — 3 sœurs en bonne santé ; 4 frères et sœurs morts en bas âge.

*Antécédents personnels.* — Bonne santé habituelle. Réglée à 14 ans sans incidents. Depuis, les règles revien-

nent régulièrement avec une avance de 2 à 3 jours, assez abondantes et durant 4 à 6 jours. Pas de caillots, ni de pertes blanches, ni de douleurs.

Mariée à 20 ans. Elle a eu 5 enfants, pas de fausses couches. Après le premier accouchement, à terme et naturel, il y a eu de la fièvre ; la malade est restée alitée pendant 15 jours. Les mêmes incidents ont marqué les quatre autres accouchements. Le dernier a eu lieu il y a deux ans. Un des enfants est mort de gastro-entérite.

Les règles, qui sont revenues trois mois après le dernier allaitement, avancent de 2 à 3 jours ; elles sont abondantes et durent de 5 à 6 jours, si bien que la malade doit s'aliter. Douleurs céphaliques et temporales avant et après les règles. Pertes blanches abondantes.

*Maladie actuelle.* — Depuis 5 ans la malade accuse des douleurs abdominales dans la région de la fosse iliaque gauche avec irradiations du côté du creux épigastrique et parfois une localisation dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs étaient passagères au début. Depuis 2 ans, elles sont de plus longue durée ; elles torturent la malade pendant des heures et même pendant des jours entiers. Elles se montrent pendant les périodes intermensuelles. Leur intensité est très variable ; elles nécessitent parfois l'alitement. Il y a des nausées mais pas de vomissements ; ballonnement du ventre, constipation.

Dyspnée d'effort. Céphalée fréquente, vertiges. Il y a 3 semaines, perte de connaissance et chute au cours et à l'occasion d'une crise douloureuse.

D'ailleurs la malade est très nerveuse, très émotive. Elle accuse un amaigrissement très marqué.

*Examen.* — Ventre souple, mais douloureux à la pression au niveau de l'hypogastre et surtout au niveau de la fosse iliaque gauche.

Déchirure du périnée avec un certain degré de colpocèle antérieure. Pertes blanches.

*Au toucher :* On sent un col abaissé ; à 3 centimètres de la vulve, il porte une déchirure de chaque côté. Le fonds de l'utérus est en rétroflexion dans le Douglas. Le cul-de-sac gauche est plus douloureux et on sent une tuméfaction mal limitée par le toucher explorateur. Hystérométrie : 8 1/2 à 9 centimètres.

*Opération.* — Le 6 mai 1909. Chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes droites sont à peu près normales ; cependant l'ovaire, non augmenté de volume, est scléro-kystique.

A gauche : gros kystes ovariens ; l'un d'eux se rompt au cours des manœuvres que nécessite l'ablation des annexes de ce côté ! Annexectomie gauche.

*Hystéropexie isthmique* à l'aide de deux fils de catgut qui traversent les muscles droits et leur aponévrose. Fermeture de la paroi plan par plan.

*Examen des pièces.* — La trompe enlevée est légèrement augmentée de volume et de consistance assez ferme. L'ovaire est scléro-kystique. Le gros kyste atteint le volume d'une noix ; il contenait un liquide jaunâtre et des caillots adhérents à la paroi.

Sur le bord du ligament tubo-ovarien se trouvait un kyste à liquide clair et transparent du volume d'une amande.

*Suites opératoires.* — Elles ont été normales.

Le 8 mai, les règles réapparaissent et durent 3 jours ; elles arrivent du reste au moment où la malade les attendait. Le 14 mai, on a enlevé les fils ; réunion par première intention.

Le 15 mai, suppuration superficielle et pariétale au niveau du tiers inférieur de la ligne de suture.

Le 6 juin, la malade sort guérie.

Le 19 décembre de la même année, la malade a été revue ; elle semble être enceinte de 3 mois environ.

## Observation III

(Résumée)

(Thèse du docteur Py. Montpellier, 1909)

Mme T. J..., entrée le 13 novembre 1907.

*Antécédents personnels.*—La malade a eu 6 grossesses heureusement terminées, mais pour lesquelles elle n'a été entourée que de soins des plus primitifs. Aussi depuis le premier accouchement souffrait-elle de dysménorrhée ovarienne et de pertes blanches à l'occasion des règles. Le dernier accouchement remonte à deux ans. Depuis cette époque, les douleurs n'ont jamais cessé ; elle vont en s'exagérant au moment des règles.

*Examen.* — Annexes gauches douloureuses, utérus fortement rétroversé ; cul-de-sac gauche douloureux.

*Opération.* — Le 19 novembre. Laparotomie. On relève facilement l'utérus non adhérent. L'ovaire gauche est doublé de volume et polykystique. On enlève les annexes gauches et on fait l'hystéropexie abdominale par le procédé de Doléris-Richelot.

*Suites opératoires.*— Excellentes. La malade, revue en mars 1908, est parfaitement guérie.

## Observation IV

(Résumée)

(Même source)

M. A..., 28 ans ; entrée dans le service de M. le professeur de Rouville, le 2 mai 1907.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 16 ans ; dysménorrhée ovarienne, règles abondantes durant quatre à cinq jours.

La malade a eu 3 grossesses normales. Après le dernier accouchement, qui date de 1905, pertes jaunâtres, fétides.

*Examen.* — Col gros, utérus mobile ; annexes droites perceptibles et douloureuses. Bon état général.

*Opération.* — Le 9 mai 1907. Hystéropexie de Doléris-Richelot et annexectomie droite. Ignipuncture de l'ovaire gauche à cause de la présence de petits kystes folliculaires.

*Suites opératoires* bonnes. La malade sort le 1er juin. Revue plus tard, elle déclare ne plus souffrir.

## Observation V

(Résumée)

(Même source)

M^me^ D..., 30 ans.

Réglée à 13 ans, normalement. Mariée à 17 ans. Deux enfants, accouchements normaux ; mauvaises suites de couches pour le second. En 1903, avortement de 2 mois. Depuis cette époque, douleurs surtout marquées à droite avec pertes blanches.

*Examen.* — Utérus normal comme volume et comme situation. Culs-de-sac latéraux libres ; le droit est très douloureux à la pression.

*Opération.* — 16 mai 1907. Laparotomie. Les annexes gauches présentent un ovaire scléro-kystique. On l'igni-puncture. On enlève les annexes droites trop malades pour être conservées. Hystéropexie à la Doléris-Richelot. La malade sort guérie le 11 juin.

Un an plus tard elle informe M. le professeur de Rouville qu'elle se trouve en parfait état de santé.

## Observation VI

Résumée

(Même source)

E. P..., 28 ans, entrée le 11 juin 1907.

Réglée à 17 ans, dysménorrhée ovarienne, règles abondantes avec caillots. Mariée à 23 ans ; accouchement normal. A 25 ans (1904), douleurs et pertes ayant occasionné 3 curettages. Puis, en 1907, les douleurs sont devenues très violentes.

*Examen.* — Utérus gros, lourd, fortement rétroversé, mais mobile et facilement réductible.

Les annexes ne sont pas perceptibles.

*Opération.* — Le 24 juin, laparotomie. Utérus rétroversé.

Les annexes droites sont saines. L'ovaire gauche est scléro-kystique, la trompe est grosse, moniliforme : on les enlève. Hystéropexie à la Doléris-Richelot.

*Suites opératoires.* — Normales.

Le 10 janvier 1908, les douleurs ayant repris, on fait un nouvel examen au cours duquel on découvre que les annexes droites sont devenues scléro-kystiques. Cependant un mois après tous les troubles cessent et la guérison s'est maintenue.

## Observation VII

(Résumée)

(Même source)

C. N.., 30 ans, entrée le 16 avril 1907.

Réglée à 14 ans régulièrement. Mariée à 20 ans. Elle a eu cinq enfants ; les accouchements ont été normaux et à terme. Depuis le dernier les règles sont abondantes, douloureuses, avec pertes blanches.

Depuis trois ans la malade se plaint de douleurs abdominales surtout marquées à la fosse iliaque gauche. Cette malade est émotive et nerveuse.

*Examen.* — Ventre souple, douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Pertes blanches. Le col est bas situé et bilatéralement déchiré. L'utérus est rétrofléchi ; le cul-de-sac droit est douloureux ; le gauche présente en plus une tuméfaction mal limitée.

*Opération.* — 6 mai 1907. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A droite on note un ovaire scléro-kystique. A gauche de gros kystes ovariens ; on fait l'annexectomie et l'hystéropexie isthmique avec trois points de catgut. Il y avait un kyste à liquide clair sur le bord du ligament tubo-ovarien.

*Suites opératoires* bonnes. La malade sort le 30 mai. Au commencement de 1908 la malade était en bonne santé.

## Observation VIII

F. R.., 26 ans, entrée en 1907 et en 1909.

Réglée à 13 ans, abondamment et avec douleurs. Mariée à 22 ans, elle a eu un accouchement avec bonnes suites. En 1907, la malade se plaignant de pertes abondantes et de métrorrhagies est entrée à l'hôpital. On a fait une laparotomie pour rétroversion et ovarite kystique.

Première opération. — Hystéropexie, ovariectomie droite, ignipuncture de l'ovaire gauche.

La guérison s'est maintenue pendant 8 mois.

Mais depuis, la malade souffre du côté gauche de l'abdomen ; vomissements, pertes blanches, ménorrhagies, caillots.

*Examen.* — Ventre douloureux dans la fosse iliaque gauche. Col gros avec déchirures et kyste. Utérus adhérent à la paroi. Il y a une tumeur arrondie, mobile, douloureuse, du volume d'une mandarine dans le cul-de-sac latéral gauche.

Deuxième opération. — Laparotomie. L'utérus est fortement adhérent à la paroi. Hystérectomie totale.

A gauche, il y avait un gros kyste hématique de l'ovaire, une trompe flexueuse et adhérente. A droite il y avait du pyo-salpinx.

Le 29 mai 1909, la malade sort guérie.

## Observation IX

(Prise dans la clinique de M. le professeur de Rouville, 1907)

Mme E..., 28 ans.

*Anamnèse.* — Réglée à 17 ans, mariée à 23 ans. Pertes blanches, métrorrhagies, curettages, règles abondantes et douloureuses.

*Examen.* — Utérus gros, mobile, rétroversé ; annexes non sensibles.

*Laparotomie.* — Annexes droites saines ; ovaire gauche scléro-kystique, trompe rouge, moniliforme ; annexectomie gauche. Hystéropexie à la Doléris-Richelot. Pas d'incidents post-opératoires.

## Observation X

(Résumée)

(Même source)

M. L..., 34 ans, entrée à la clinique le 22 janvier 1907.

*Anamnèse.* — Depuis longtemps, douleurs abdominales et pertes blanches qui ont nécessité de nombreux pansements utérins.

*Examen.* — Utérus gros ; fonds à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. On sent les annexes droites dans le cul-de-sac postérieur. Annexite gauche.

*Opération.* — Le 16 février 1907. Trompes saines ; ovaire droit scléro-kystique est enlevé. Utérus en rétroversion mobile. Hystéropexie à la Doléris-Richelot.

La malade sort parfaitement guérie.

## Observation XI

(Résumée)

(Même source)

V. 31 ans. Entrée le 8 février 1908.

*Anamnèse.* — Métrorrhagies, pertes blanches, phénomènes dysménorrhéiques qui vont en s'accentuant depuis son accouchement.

*Examen.* — Utérus gros, tendance au prolapsus, on ne perçoit pas de lésions annexielles.

*Laparotomie.* — 18 février. Ovaire droit petit, scléro-kystique. On l'enlève. Ovaire gauche doublé de volume ; contient un kyste hématique gros comme un pois que l'on résèque. Suture de la plaie ovarienne et ignipuncture. Hystéropexie abdominale à la Doléris-Richelot. Suites opératoires excellentes.

## Observation XII

(Très résumée)

(Thèse du docteur Dupont. Paris, 1909.)

F. P, 29 ans.

*Anamnèse.* — Dysménorrhée depuis plusieurs années ; la malade, très nerveuse, offre le tableau de l'arthritisme.

*Examen.* — La douleur est surtout réveillée par la palpation de la fosse iliaque gauche. On sent l'utérus antéversé et une masse petite, arrondie, douloureuse dans la fosse iliaque droite.

*Laparotomie.* — Le 21 février 1908. Médiane, sous-ombilicale, appendicectomie ; ignipuncture de l'ovaire gauche qui est scléro-kystique. Ovaire droit normal. Utérus antéfléchi. Hystéropexie isthmique.

La malade sort guérie le 13 mars.

Le 17 septembre de la même année, la malade déclare souffrir tout autant qu'avant l'opération. On trouve à l'examen que l'antédéviation utérine s'est reproduite. L'ovaire droit continue à paraître intact. L'ovaire gauche au contraire est un peu gros et douloureux.

## Observation XIII

(Très résumée)

(Même source)

Mme G... *Opération*, le 24 mai 1907. Les ovaires sont kystiques, surtout le droit. Ils sont ignipuncturés. Hystéropexie isthmique.

La malade sort guérie le 14 juin.

Le 17 juillet 1908, la malade présente à nouveau de la dysménorrhée. On constate une rétro-flexion non adhérente. L'ovaire droit est gros et latéralement prolabé.

Le 28 octobre 1908, ce même ovaire est très douloureux. La malade refuse une nouvelle opération.

## Observation XIV

(Résumée)

(Thèse du docteur Py. Montpellier, 1909)

Mme E. C..., 21 ans, entrée le 19 novembre 1907. Elle se plaint de douleurs abdominales, très anciennes à gauche, récentes à droite.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 14 ans d'une façon

régulière et suffisamment abondante. Le 22 novembre 1904, au moment de ses règles, la malade eut une forte hémorragie qui n'avait pas été précédée par un arrêt du flux menstrel. Le 3 décembre, elle se marie. Elle perd jusqu'au 9 décembre. Puis les pertes s'arrêtent jusqu'au 12. A cette date, la malade doit s'aliter et elle expulse de nombreux caillots noirâtres. Le 11 décembre, elle entre à la Maternité où on la soigne par des injections chaudes et des tamponnements. Au bout de 33 jours, la malade quitte l'établissement souffrant encore ; un curettage est ensuite proposé, mais refusé. Puis tout semble s'arranger jusqu'en août 1905.

A ce moment, à l'occasion d'un voyage en voiture mal suspendue, douleurs et hémorragies avec expulsion de caillots et de membranes.

9 mois après, accouchement normal après une grossesse satisfaisante. Bonnes suites de couches ; la malade nourrit pendant 14 mois. Mais, avec les règles, les douleurs reparaissent de plus en plus vives, tellement que la malade entre à l'hôpital pour ces douleurs et des pertes rouges abondantes.

*Examen.* — Vive défense musculaire, la région des annexes est très douloureuse.

*Toucher.* — Périnée en bon état, vagin normal ; rien au cul-de-sac antérieur, postérieur et gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une tuméfaction haut située, mobile, lisse et ne se prolongeant pas dans le cul-de-sac postérieur. Col gros. Utérus gros, mobile, douloureux, fortement dévié à droite. Hystérométrie : 8 cm. à 8 cm. 5.

*Opération.* — Le 4 décembre 1907. Laparotomie. Utérus gros. Annexes droites fortement adhérentes au cul-de-sac latéral droit ; on les énuclée avec la trompe. L'ovaire est atrophié, scléreux mais non kystique. A gau-

che, on trouve une trompe saine ; l'ovaire renferme un kyste hématique qui provient d'un corps jaune et que l'on enlève entièrement. Le reste de l'ovaire, qui renferme de petits kystes séreux, est ignipuncturé. Fermeture par un surjet de catgut. Les annexes droites enlevées contenaient du pus qui a été vérifié aseptique à l'examen bactériologique.

*Suites opératoires* bonnes. Après divers incidents de peu d'importance la malade quitte la clinique guérie le 12 février 1908.

*Complément à cette observation due à l'obligeance de M. le professeur Vallois.*

Cette malade, qui avait été revue en parfait état de santé et enceinte de 3 mois à la date du 20 juin 1909, entre le 21 octobre 1909 à la Maternité.

Elle offre tous les signes d'une grossesse normale. L'utérus a une hauteur de 34 centimètres. Le fœtus a un sommet très mobile, le dos est à gauche, les petites parties sont à droite.

L'orifice externe du col est ouvert.

Le promontoire est accessible. Seins bien développés. Pas d'albumine dans les urines.

Les premières douleurs ont apparu le 8 décembre à 2 heures. L'expulsion a lieu d'une manière favorable à 9 h. 50 du soir en occipito-pubienne. Cependant les contractions utérines se sont fait remarquer par leur peu d'énergie. A 10 h. 10, délivrance naturelle. Arrière-faix normal, suites de couches bonnes. Enfant du sexe féminin en bon état physique, poids 3 kilogr. 550 grammes.

La mère sort le 23 décembre 1909 en excellent état.

## CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Devant ces faits et un grand nombre d'autres similaires qu'il serait superflu de rapporter, il est indispensable, pour la clarté de l'exposition du sujet, de faire quelques divisions dans l'énonciation des réflexions qu'ils suggèrent. Nous aurons en effet à considérer les documents qui touchent la nature des lésions annexielles auxquelles on peut être appelé à remédier ; ceux qui militent en faveur de l'utilité d'une thérapeutique à leur appliquer ; ceux qui serviront de base à la discussion de méthodes qui s'offrent à nous. D'ailleurs, il nous a semblé indispensable de traiter ce dernier sujet dans un chapitre à part car il eût été stérile de poser des indications sans discuter la valeur et les résultats de diverses interventions tour à tour recommandées par les gynécologues.

Et d'abord, quelles sont les lésions annexielles que l'on trouve dans les cas où des symptômes prédominants ont attiré l'attention du côté de la rétrodéviation utérine et ont poussé le chirurgien à laparotomiser avec l'idée de faire une hystéropexie ? Car, nous posons en principe à la base de notre discussion les cas où la déviation était tout, ou du moins ceux où les troubles enregistrés du

côté des ovaires, douleurs ou troubles de la fonction, pouvaient être considérés comme secondaires.

Un essai de classification de ces lésions ne peut aller sans empiéter un peu sur le domaine de l'étiologie. Nous ne nous arrêterons pas aux lésions aiguës. Dans de telles lésions, les symptômes annexiels sont tellement prédominants que le chirurgien, s'il fixe l'utérus à la fin de l'opération, fait bien plutôt une hystéropexie au cours d'une annexectomie que l'opération inverse (Vautrin).

Mais, ces cas aigus écartés, nous en voyons un certain nombre d'autres qui sont assez embarrassants à classer.

Leur présence dans la littérature explique que beaucoup d'auteurs parlent de l'hystéropexie comme d'un temps accessoire au cours des interventions sur les annexes (Pozzi, par exemple) ; d'autres citent au contraire les interventions sur les annexes comme pouvant éventuellement faire partie d'une laparotomie avec hystéropexie abdominale (Richelot) ; d'autres enfin considèrent les lésions capables d'entraîner une action thérapeutique comme étendues à tout le tractus génital interne et par conséquent l'attitude chirurgicale comme ne devant pas être scindée en subdivisions bien tranchées et rigides (Roux de Brignoles).

Néanmoins, il est un grand nombre de cas où l'attention aura été attirée primitivement sur la déviation utérine et où, même si l'on a examiné de parti pris l'état des annexes, on n'a trouvé que peu de signes permettant de dépister l'état pathologique possible de ces organes. Ces cas sont surtout ceux où l'infection semble jouer dans l'étiologie un rôle tout à fait effacé, ces cas à propos desquels un grand nombre de gynécologues se prennent à douter de la réalité du rôle si étendu que l'on a voulu

faire jouer à l'infection, atténuée ou cryptogénétique, dans la pathogénie des scléroses.

Nous faisons allusion en ce moment à ces observations de malades nerveuses, émotives, dont la tare névropathique mieux fouillée ferait facilement découvrir, chez celle qui en est atteinte, cette prédisposition dite diathésique que l'on a nommée arthritisme, neuro-arthritisme, herpétisme, etc..... Dans ces observations se rangeront les ovarites scléro-kystiques des vierges à propos desquelles l'infection est bien souvent rien moins que prouvée. Il est vrai qu'on nous fera remarquer que dans les observations citées plus haut il ne s'en rencontre pas de cette sorte. C'est vrai ; mais ils sont excessivement rares d'abord, puis nous en trouvons d'autres qui, quoique se rapportant à des malades qui ont eu l'occasion d'être infectées, ne prouvent pas cependant que toute ovarite est d'origine ascendante.

Il est évident que l'infection peut être d'origine sanguine et même s'effectuer par continuité, mais on voit tout de suite dans quel dédale de théories hasardeuses et d'hypothèses inutiles nous nous lancerions en suivant cette voie, Nous pourrions aussi, dans un autre ordre d'idées, faire ressortir la parenté symptomatologique qu'il y a entre le neuro-arthritisme et les infections atténuées et chroniques latentes. Mais ce serait nous écarter du sujet avec trop d'audace et sans aucune utilité.

Aussi nous contenterons-nous de citer parmi les lésions annexielles pouvant nécessiter un traitement chirurgical extemporané les ovarites kystiques, que l'ovarite soit scléreuse pure ou scléro-kystique.

Les kystes hématiques envisagés au point de vue clinique se subdivisent en deux classes : les kystes hémati-

ques folliculaires et les kystes hématiques du corps jaune.

Les kystes hématiques du corps jaune, ou du moins reconnus tels, sont peu rares. Nous en avons rapporté un cas bien net. Généralement assez volumineux, ils n'embarrassent guère le chirurgien qui les rencontre : l'ouverture et l'ablation de la paroi par résection ovarienne partielle sont l'intervention dont ils sont justiciables.

En somme, c'est l'ovarite scléreuse et scléro-kystique qui nécessitera le plus souvent une opération spéciale. Ainsi déformé par la sclérose et la formation des kystes, l'ovaire est bien rarement à sa place normale, c'est-à-dire dans la fossette ovarique décrite par Krause. Par l'effet de son poids augmenté, il tombe le long du ligament large, et, lorsqu'il dépasse la limite du ligament utéro-sacré, on peut dire qu'il est rétroversé, qu'il est en position rétro-utérine (Vallin).

Le déplacement de l'ovaire entraîne le déplacement de l'utérus ; Dalché l'a prouvé pour l'ovarite aiguë ; mais pour l'ovarite scléreuse chronique la chose n'est pas moins admissible. En effet, d'abord il est difficile de comprendre comment l'ovaire aurait pu être rétroversé secondairement à la déviation utérine. Et puis nous savons que l'utérus et l'ovaire sont solidaires aussi bien dans leurs modifications pathologiques (sclérose utéro-annexielle de Roux de Brignoles) que dans leurs déplacements (Rieffel).

D'ailleurs diverses statistiques sont très instructives au point de vue des rapports qu'il peut y avoir entre l'ovarite scléro-kystique et la rétroversion utérine. C'est ainsi que Chavin donne un total de 12 rétroversions sur 22 cas où l'on a jugé utile de faire subir un traitement chirurgical aux annexes sclérosées.

Envisageant la question sous un autre aspect, Munde

(cité par Vallin) donne sur un total de 77 cas de prolapsus divers 60 cas où les ovaires étaient gros et presque tous fortement altérés et 33 cas où l'utérus était en rétroversion.

Dupont donne un total de 23 rétro-déviations sur 38 observations où l'on a noté l'état de l'utérus en même temps que l'état pathologique des ovaires.

On voit que nous nous gardons d'insister sur le cas où l'utérus est immobilisé ; en effet, dans de semblables cas l'étiologie est presque toujours franchement inflammatoire, l'état des annexes est reconnu bien avant la laparotomie et cette intervention elle-même est faite pour remédier à l'état des annexes ; l'hystéropexie est secondaire ; elle ne constitue qu'un temps de l'opération primitive (Jayle et de Lima).

Ces lésions étant connues et leur coïncidence avec les les déviations utérines qui demandent l'hystéropexie étant établie, y a-t-il indication à une thérapeutique ; ou, pour poser la question d'une manière plus clinique, sommes-nous en droit d'espérer d'une opération chirurgicale quelconque un bon résultat ?

Et d'abord, quels sont les troubles occasionnés par l'ovarite scléro-kystique ? Les douleurs occupent le premier plan ; on peut même dire qu'elles sont seules à considérer au point de vue de l'intervention. En effet, la dysménorrhée utérine et les phénomènes métritiques seront atteints par le traitement dirigé sur l'utérus ; quant à la stérilité due à une insuffisance physiologique de l'ovaire, il est évident que la chirurgie ne peut rien contre elle.

Les douleurs constituent donc le principal symptôme dont l'opérateur cherchera à délivrer sa malade. Eh bien !

les observations ci-dessus nous permettent d'avancer que les divers traitements proposés ont, s'ils sont judicieusement appliqués, beaucoup de chances d'être efficaces. Il est peu d'observations, en effet, où l'on voit les douleurs reparaître. Certaines d'entre elles nous les montrent réapparaissant chez des malades chez qui l'opération n'avait pas tenu ; ce qui est bien une preuve de l'efficacité immédiate du procédé choisi.

La résection partielle des annexes et l'ignipuncture de l'ovaire, que nous préconiserons comme complément d'une laparotomie entreprise pour hystéropexie, peuvent, il est vrai, ne pas suffire ; mais, dans ce cas, rien n'empêche de faire une deuxième opération qui complètera la première, voire même une opération radicale avec ablation de l'utérus et des annexes des deux côtés !

## APERÇU THÉRAPEUTIQUE

Au cours de l'hystéropexie abdominale, les lésions annexielles que l'on rencontrera et qui demanderont une thérapeutique chirurgicale seront, pour les raisons que nous avons esquissées plus haut, des lésions relativement peu avancées puisqu'elles n'ont pas attiré l'attention d'une manière prédominante. Aussi aura-t-on avantage à mettre en œuvre une méthode conservatrice. On dira qu'un ovaire peut devenir scléreux ou scléro-kystique et tout à fait inutilisable au point de vue fonctionnel sans qu'aucun symptôme soit venu révéler un tel état de déchéance physiologique. Ceci est indéniable. Mais dans ce cas l'hésitation n'est pas permise : l'ovaire sera enlevé immédiatement ; quant à la trompe, sa qualité d'organe véritablement annexe permettra au chirurgien de se prononcer plus facilement sur son sort. A-t-elle perdu sa perméabilité sans aucun espoir de retour, l'ovaire du même côté a-t-il été enlevé, la salpingectomie sera pratiquée. Il serait en effet bien hasardeux de compter sur la réalisation tout à fait exceptionnelle et

pourtant citée d'un ovule d'un côté qui entre dans l'utérus par la trompe du côté opposé.

Mais en dehors de ces cas la méthode conservatrice devra être employée ; elle comprend deux opérations : la résection et l'ignipuncture dont les indications particulières demandent à être posées avec soin.

Nous n'insisterons pas sur l'historique de la question. Nous nous baserons sur les travaux et les descriptions de Pozzi d'une part et sur la pratique qui ressort des observations citées, d'autre part, pour étayer les quelques notions qui vont suivre.

La résection semble indiquée lorsqu'on a affaire à un kyste solitaire ou au contraire à une agglomération de microkystes transformant une partie de l'ovaire en tissu pathologique. On taille alors dans la substance de l'ovaire un coin ou une tranche d'ovaire malade que l'on enlève. On referme par un surjet au catgut fin non sans avoir inspecté la tranche parenchymateuse ainsi mise à nu.

Enfin la résection aura encore un effet utile comme décongestionnant ; l'adossement des deux tranches saignantes rétablit la continuité du tissu et réalise l'hémostase (Dudley, Martin).

Voilà pour ce qui a trait aux lésions relativement grosses. Mais s'il s'agit de microkystes extrêmement nombreux, disséminés dans toutes les régions de l'ovaire, l'ignipuncture, c'est-à-dire la ponction au thermocautère à pointe fixe de toute la surface de l'organe et la destruction simultanée des parois kystiques, sera indiquée.

Avant de sacrifier un ovaire, le chirurgien se dira en effet que, malgré les apparences, toute la substance utile de l'ovaire peut n'avoir pas disparu. Sans compter l'hésitation motivée par notre ignorance encore profonde au

sujet des limites du caractère pathologique des formations microkystiques ovariennes, il est permis de penser que, dans certains cas, entre ou sous ces microkystiques, du parenchyme normal se trouve encore et demande à être conservé.

Mais ces diverses méthodes thérapeutiques ne sont-elles pas nuisibles ? Pour la résection la question ne se pose pas : à titre documentaire nous nous contenterons de rappeler cette observation, prise dans le service de M. le professeur de Rouville, où nous voyons une femme réaliser une grossesse après avoir subi l'ablation des annexes droites, une excision d'une grande partie de l'ovaire à gauche suivie d'ignipuncture du parenchyme ovarien restant.

Cette remarquable observation nous achemine aux considérations que nous ne saurions passer sous silence au sujet de l'ignipuncture.

Cette méthode est-elle capable d'arrêter le processus de sclérose ? est-elle responsable de l'envahissement plus ou moins rapide de l'ovaire par ce processus ? A la première question il semble bien que l'on puisse répondre négativement.

Aucun fait ne le prouve et si l'on a pu remarquer que dans certains cas le processus s'est arrêté, il règne encore trop d'obscurité sur ce chapitre anatomo-clinique pour qu'il soit permis de voir un lien de cause à effet entre l'ignipuncture et l'arrêt de la sclérose.

La deuxième question a fait l'objet de bien des discussions ; mais à l'heure actuelle il semble bien que, si l'ignipuncture ne peut rien pour arrêter le processus en marche, elle n'est point non plus capable d'en précipiter l'évolution. Parmi les faits qui viennent à l'appui de cette

manière de voir, nous ne saurions mieux faire que de rappeler à nouveau que la femme citée plus haut a réalisé une grossesse normale après avoir subi l'ablation de tout son parenchyme ovarien sauf une petite partie qui avait été ignipuncturée.

# CONCLUSION

Des faits et des idées exposés en ces quelques lignes il semble bien résulter ceci :

Tout d'abord une notion s'impose à l'esprit. C'est celle de la thérapeutique active que l'on doit appliquer aux annexes au cours de l'hystéropexie abdominale.

En effet, dans la plupart des cas où cette opération est pratiquée, on trouve les annexes malades.

Or l'hystéropexie, quoique indispensable de son côté pour remédier aux phénomènes d'origines mécanique et inflammatoire, ne suffit pas dans la plupart des cas pour guérir tout le syndrome et en particulier les douleurs.

On complètera donc l'intervention par une résection partielle pour les lésions ovariennes bien limitées;

L'ignipuncture dans les cas où l'on espère sauver du parenchyme ovarien intermédiaire aux formations pathologiques;

La résection totale dans les cas trop avancés qui ne légitimeraient pas l'emploi des méthodes conservatrices.

# BIBLIOGRAPHIE


Constantin Daniel. — Etat des annexes dans les fibromes de l'utérus. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale de Pozzi.

Chavin. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Thèse de Paris, 1896.

Dudley. — Comptes rendus de l'Académie de médecine de New-York Février 1901.

Dupont. — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. Thèse de Paris, 1909 (voir les Observations).

Ferry. — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intrapéritonéale. Thèse de Paris, 1906.

Jayle et de Lima. — Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétroversions et rétroflexions douloureuses. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1897.

Lemaire. — Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale par le procédé de Doléris-Richelot. Th. de Montpellier, 1908.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

— De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. Janvier-février 1907.

Py. — Thèse de Montpellier, 1909.

Richelot. — Chirurgie de l'utérus, 1902.

Rieffel.—Anatomie des organes génitaux de la femme. Anatomie humaine de Poirier et Charpy.

Roux (de Brignoles). — La sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause. La Gynécologie. Septembre 1909 et novembre 1909.

Tédenat. — Traitement des rétrodéviations de l'utérus. Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895.

Vautrin. — Dégénérescence kystique des ovaires après l'hystérectomie. Annales de gynécologie, 1906.

Vinot. — La douleur dans les rétrodéviations utérines. Thèse de Paris, 1898-1899.

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 janvier 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 janvier 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*